Informationsbogen: Patient ..... mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus

(Name)

Adresse des Patienten:		
Angehöriger:	☐ (Ehe-)Partner	☐ Sohn / Tochter
	☐ anderer	
Adresse des Angehörigen:		
Telefon:		
Rechtlicher Betreuer:		
Adresse des Betreuers:		
Telefon:		
Patienten-verfügung:	☐ ja	☐ nein
Vorsorge-vollmacht:	☐ ja	☐ nein

Kontaktaufnahme erwünscht bei ...

☐ zunehmender Unruhe des Kranken	☐ Einleitung von Schutzmaßnahmen
☐ fehlender Kooperation in Pflegesituationen	☐ Problemen bei der Nahrungs-/ Flüssigkeits-aufnahme
Sonstiges:	
☐ rund um die Uhr	☐ nur von ..... bis ..... Uhr
☐ Angehöriger	☐ Betreuer

Wichtig im Kontakt mit dem Kranken sind:

Religion:	
Regionale Herkunft / Heimat:	

weiter:

Wichtig im Kontakt mit dem Kranken sind:

Muttersprache/ Dialekt:	
Ehemaliger Beruf (z.B. Handwerk):	
Stolz/ Bedeutsames:	

Einschränkungen Sehen:

☐ leicht	☐ schwer	☐ Brille vorhanden

Einschränkungen Hören:

☐ leicht	☐ schwer	☐ Hörgerät vorhanden

Verstehen von Sprache: Das Sprachverständnis ist ...

☐ weitgehend erhalten	☐ kurze Fragen werden verstanden	☐ sehr einge-schränkt, z.B. auf prägnante Worte
☐ Sprach-verständnis fehlt	☐ Gesten wer-den verstan-den	

Sprach- und Sprechfähigkeit ist ...

☐ weitgehend erhalten	☐ kurze Sätze können gebil-det werden	☐ sehr einge-schränkt, z.B. einzelne Worte

nicht möglich, weil

Nähe und Distanz: Der Patient ...

☐ reagiert positiv auf Körperkontakt	☐ hält lieber Distanz

kann abrupt ablehnend reagieren, wenn

Gewohnheiten im Tagesverlauf:

morgens (z.B. zuerst Früh-stück):	
mittags (z.B. Ruhe-pause):	
abends (z.B. Getränk, Rituale):	

Sonstige Gewohnheiten, die beachtet werden sollen:

Zur Entspannung:	
Zum Einschlafen:	
In Stress-situationen:	
In Pflege-situationen:	

weiter auf Seite 2

Informationsbogen: Patient ..... mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus

(Name)

Verhalten:

Wünsche und Vorlieben:	
Ärger / abwehrendes Verhalten bei:	
Angst bei:	
Weglauf-tendenzen:	

Essen und Trinken:

☐ erkennt Essen	☐ erkennt Getränke	☐ isst selbst-ständig
☐ trinkt selbst-ständig	☐ braucht Ansprache / Erinnerung	☐ benötigt viel Zeit / Geduld
☐ Besteck in die Hand legen	☐ Hand führen / Bewegung führen	☐ isst mit den Fingern
☐ Gebiss vorhanden	☐ Essen und Trinken stets anreichen	
	☐ hochkalorische Ernährung	

Tägliche Trinkmenge: ..... ml

Risiken (z.B. Verschlucken):	
Bevorzugte Speisen und Getränke:	
Abneigung / Unverträglich-keiten:	

weiter:
Essen und Trinken:

Hilfestellung bei:	
Abwehrendes Verhalten bei:	

Ruhen und Schlafen:

☐ Ruhe und Schlaf ohne Probleme	☐ Einschlaf-störungen	☐ nächtliches Aufstehen
☐ Toiletten-gänge gegen ..... Uhr	☐ geht zu Bett gegen ..... Uhr	☐ wacht auf gegen ..... Uhr

Einschlaf-gewohnheiten:	
Bei Einschlaf-störungen / nächt-licher Unruhe hilft:	

Körperpflege:

☐ Körperpflege selbstständig	☐ wäscht sich am Wasch-becken selbst	☐ benutzt Waschlappen / -handschuh
☐ wäscht Oberkörper selbstständig	☐ völlig auf Hilfe angewiesen	bevorzugt: ☐ Duschen ☐ Wannenbad

Hilfestellung nötig bei:	
Abwehrendes Verhalten bei:	

weiter:
Körperpflege:

Risiken (z.B. Empfind-lichkeiten der Haut):	

An- und Auskleiden:

Lieblings-kleidungsstück:	
Besonderheiten:	
Abwehrendes Verhalten bei:	

Ausscheiden:

☐ Kontrolle der Blase	☐ Kontrolle des Darms	☐ erkennt Toilette
☐ auf Toilette nicht alleine lassen		

Feste Toilettenzeiten:	

Hilfsmittel:

☐ Urinflasche	☐ Steckbecken	☐ Einlage
☐ Vorlage		

Sonstiges:	

01 / 2016